

TRAITEMENT
DES
FIBROMES DE L'UTÉRUS

Par leur Exposition au dehors
ET LEUR ABLATION CONSÉCUTIVE
— EXHYSTÉROPEXIE —

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 21 Novembre 1894

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

HENRI PEYROLLE

Né le 4 Janvier 1873, à Capetang (Hérault)

Élève à l'École du Service de Santé Militaire.



LYON

ALEXANDRE REY, IMPRIMEUR DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

4, RUE GENTIL, 4

—
Novembre 1894

TRAITEMENT
DES
FIBROMES DE L'UTÉRUS

Par leur Exposition au dehors
ET LEUR ABLATION CONSÉCUTIVE
— *EXHYSTÉROPEXIE* —

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 21 Novembre 1894

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

HENRI PEYROLLE

Né le 4 Janvier 1873, à Capetang (Hérault)

Élève à l'École du Service de Santé Militaire.



LYON

ALEXANDRE REY, IMPRIMEUR DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

4, RUE GENTIL, 4

—
Novembre 1894

PERSONNEL DE LA FACULTE

MM. LORTET. DOYEN.
GAYET. ASSESSEUR.

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. DESGRANGES, PAULET, BOUGHACOURT, CHAUVEAU, BERNE.

PROFESSEURS

Cliniques médicales	{ MM. LÉPINE.
	BONDET.
Cliniques chirurgicales.	{ OLLIER.
	PONCET.
Clinique obstétricale et Accouchements.	FOCHIER.
Clinique ophtalmologique.	GAYET.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.	GAILLETON
Clinique des maladies mentales.	PIERRET.
Physique médicale.	MONOYER.
Chimie médicale et pharmaceutique.	HUGOUNENQ
Chimie organique et Toxicologie.	CAZENEUVE.
Matière médicale et Botanique	FLORENCE
Zoologie et Anatomie comparée.	LORTET.
Anatomie	TESTUT.
Anatomie générale et Histologie.	RENAUT.
Physiologie.	MORAT.
Pathologie interne.	TEISSIER.
Pathologie externe.	X.
Pathologie et Thérapeutique générales.	MAYET.
Anatomie pathologique.	TRIPPIER
Médecine opératoire.	POLLOSSON (MAURICE)
Médecine expérimentale et comparée	ARLOING.
Médecine légale.	LACASSAGNE.
Hygiène.	X.
Thérapeutique.	SOULIER.
Pharmacie.	CROLAS.

PROFESSEUR ADJOINT

Clinique des Maladies des Femmes.	LAROYENNE
---	-----------

CHARGÉS DE COURS COMPLÉMENTAIRES

Clinique des Maladies des Enfants	MM. WEILL, agrégé
Accouchements.	POLLOSSON (Aug.) —
Botanique.	BEAUVISAGE. —

AGRÉGÉS

MM. AUGAGNEUR.	MM. DIDELOT.	MM. ROCHET.	MM. VIALLETON.
BEAUVISAGE.	GANGOLPHE.	RODET.	WEILL.
CONDAMIN	JABOULAY.	ROLLET (ÉTIENNE)	BARRAL
COURMONT.	LANNOIS.	ROQUE.	chargé des fonctions d'agrégé
DEROIDE.	PERRET.	ROUX.	MOREAU, Id.
DEVIC	POLLOSSON (Aug.)		

M. ÉTIÉVANT, Secrétaire

EXAMINATEURS DE LA THESE

M. POLLOSSON (M.), Président; M. SOULIER, Assesseur; MM. JABOULAY et ROCHET, Agrégés

La Faculté de médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les Dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE

Souvenir de tendresse et de piété filiale

A MA MÈRE

A MES GRANDS-PARENTS

A MES ONCLES

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR M. POLLOSSON

A M. le Médecin Major de 1^{re} Classe MARTINO

A TOUS MES AMIS

Arrivé au terme de nos études médicales, nous considérons comme un devoir bien doux d'assurer de notre reconnaissance les Maîtres dont nous avons suivi les leçons.

Tout d'abord, M. le professeur M. Pollosson, qui nous a fait l'honneur d'accepter la présidence de notre thèse. Nous nous souviendrons toujours de ses cliniques de l'Hôtel-Dieu et de son cours inaugural de médecine opératoire.

M. le professeur agrégé Jaboulay nous a inspiré l'idée de ce travail ; il nous a prodigué ses conseils : qu'il reçoive ici l'expression de notre sincère gratitude.

Merci enfin à tous nos camarades de promotion pour la sympathie qu'en toutes circonstances ils ont bien voulu nous témoigner.

H. P.



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41545927_0067

INTRODUCTION

Tout le monde connaît la gravité des opérations pour fibromes de l'utérus, soit hystérectomies, soit énucléations. La mortalité de ces opérations est toujours assez forte malgré les statistiques heureuses que l'on publie parfois.

Dans cette chirurgie, en effet, il n'a pas de manuel opératoire bien déterminé : chaque gynécologue a sa méthode. Pas une fois les indications ne sont formellement établies. Peut-être que dans cent ans nos opérations seront parfaitement réglées, mais pour le moment, il n'en est rien. Nous avons donc le droit d'exposer un procédé qui a rendu des services entre les mains de plusieurs chirurgiens.

Durant notre stage à l'Hôtel-Dieu, nous avons eu l'occasion de voir M. le professeur agrégé Jaboulay opérer plusieurs tumeurs fibreuses de l'utérus. Après avoir énucléé minutieusement les fibromes interstitiels, sectionné les fibromes pédiculés, il laissait l'utérus hors du ventre

et ne le rentrait que lorsque tout danger pour la malade avait disparu.

Dans d'autres cas il sortait l'utérus du ventre et n'opérait que lorsque des adhérences l'isolaient complètement de la cavité péritonéale. Cette prudence a toujours été couronnée de succès.

Nous avons pris comme sujet de notre thèse cette extériorisation de l'utérus soit avant, soit après opération. Nous examinerons l'exhystéropexie dans plusieurs cas :

1° La tumeur est absolument extra-utérine, sous-péritonéale, pédiculisée ou non ;

2° La tumeur est intra-pariétale. C'est une véritable énucléation à faire. L'utérus a une partie de sa paroi détruite et offre une plaie béante et infractueuse ;

3° L'hystérectomie s'impose et on la pratique en deux temps ;

a) Extériorisation de l'utérus fibromateux et formation d'adhérences ;

b) Amputation de l'utérus.

4° Nous envisagerons quelques cas où l'exhystéropexie est une opération d'urgence ;

5° Nous parlerons d'un cas particulier où un fibrome utérin adhérent à l'intestin et séparé de l'utérus fut traité par le procédé en deux temps ;

6° Nous examinerons enfin quelques objections.

TRAITEMENT DES FIBROMES DE L'UTÉRUS

Par leur Exposition au dehors
ET LEUR ABLATION CONSÉCUTIVE
— EXHYSTÉROPEXIE —

CHAPITRE PREMIER

Exhystéropexie après myomectomies.

Si l'on a un myôme sous-séreux pédiculé, ou à base étroite, on fait généralement la myomectomie simple. On lie le pédicule et on le rentre dans l'abdomen. Il n'y a point de discussion dans ce cas. Mais les opinions varient quand ce pédicule est plus considérable. Tandis que plusieurs auteurs préconisent la ligature en masse, avec fil de soie ou fil élastique ; d'autres recommandent toujours la formation de plusieurs faisceaux qui sont liés séparément.

Schröder suture ensemble les bords de la plaie de section et croit se mettre sûrement à l'abri des dangers consécutifs.

Enfin, si le pédicule atteint 5 centimètres de largeur, certains chirurgiens appliquent la méthode extra-péritonéale en fixant le moignon de la tumeur à l'angle inférieur de la plaie abdominale.

Mais il peut arriver que les myômes, tout en étant pédiculés, ne puissent être traités par simple ligature ; c'est lorsque leur base se continue presque immédiatement avec l'utérus. Le myôme sous-séreux peut garder avec le tissu utérin des connexions assez peu intimes pour qu'après son ablation, on ne remarque aucune perte de substance de la paroi ; néanmoins, la base d'implantation apparaît sous l'aspect d'une plaie étalée et saignante. On peut recouvrir la plaie avec une manchette de la séreuse péritonéale préalablement détachée de la surface de la tumeur. Mais l'hémorragie est encore à redouter. Enlever un coin de la substance utérine et réunir ensuite les bords de la plaie est un procédé un peu long, sans être absolument sûr. Le suturer à la plaie abdominale n'est pas toujours facile et, de plus, les points de suture peuvent saigner. C'est dans ces cas que nous croyons que l'exhystéropexie sera utile. On luxera l'utérus et on le laissera dans la plaie abdominale tant que la plaie utérine risquera de saigner. Sous l'influence de la pression circulaire de la ligature, le pédicule, étranglé, s'aplatit, les artères deviennent libres et reprennent leur calibre ; on pourra alors resserrer le lien, ce qu'on ne pourrait faire, si le pédicule se trouvait dans le péritoine.

Donc, toutes les fois que la plaie résultant de l'ablation de la tumeur sera étendue, saignante, irrégulière, il conviendra de luxer l'utérus et de ne le rentrer que lorsque cette plaie, maintenue aseptique, sera cicatrisée ou en voie de cicatrisation. On évitera encore de cette façon les adhérences intestinales et les dangers d'obstruction interne.

CHAPITRE II

Enucléation des fibromes interstitiels. Exhystéropexie consécutive.

L'enucléation des fibromes interstitiels puise ses indications dans la présence d'une capsule bien distincte autour de la tumeur. Celle-ci est formée par du tissu utérin condensé. Entre cette capsule et la tumeur elle-même, existe une couche de tissu cellulaire, dans laquelle rampent des vaisseaux. Cette couche de tissu cellulaire est souvent si lâche, que la tumeur paraît n'avoir presque aucune connexion avec le tissu utérin et qu'elle s'enuclée avec la plus grande facilité. Parfois, même sur le vivant, l'enucléation se fait sous la seule influence de la contraction de la capsule incisée.

Spiegelberg pratiqua le premier l'enucléation intra-péritonéale avec suture de la plaie utérine, la malade mourut le seizième jour d'une péritonite septique. Martin publiait en 1880, une méthode d'enucléation de myômes développés dans la paroi utérine et insistait sur les incon-

vénients de la plaie cavitaire qui persiste après l'opération.

De plus l'opération peut être difficile, l'adhérence intime et la friabilité du tissu morbide prolongeant indéfiniment les efforts : la paroi interne saigne parfois avec abondance, et il faut tamponner la cavité accidentelle, au risque d'y porter une irritation violente et d'y favoriser la rétention des liquides ; la coque de tissu musculaire peut être assez mince pour qu'on l'arrache avec un fragment de tumeur et qu'on ouvre la cavité utérine ; l'opération dure assez longtemps et la malade se réveille épuisée, prête à tous les accidents que le traumatisme entraîne ; enfin il peut arriver que l'énucléation reste inachevée, les débris du myôme se mortifieront et provoqueront de la fièvre et de l'infection. Toutes les causes de mort ont été consignées, hémorragie, péritonite, infection purulente, rétention des produits sphacelés et septicémie. Mais l'énucléation ne doit pas être rejetée pour cela. C'est une opération conservatrice. Le don précieux de la maternité a un si grand droit à notre respect, qu'il est de notre devoir de considérer avec quelque attention un procédé qui conserve à la femme son plus noble attribut. Nous devons simplement tâcher de nous mettre à l'abri des dangers inhérents au procédé.

Nous avons vu M. le professeur agrégé Jaboulay, après avoir énuclé plusieurs fibromes interstitiels, au lieu de suturer les poches, laisser l'utérus hors du ventre. Nous avons suivi la malade et nous croyons que l'exhystéropexie est un gage précieux de sécurité dans toutes ces opérations sur la paroi utérine.

L'exhystéropexie ou la luxation temporaire de l'utérus

au dehors permettra de surveiller le champ opératoire et de prévenir tout d'abord l'hémorragie.

Quand on a enlevé le lien élastique après l'énucléation et après avoir fait l'hémostase, on voit se produire une hémorragie par toute la surface de section et les orifices de suture. Les hémorragies post-opératoires sont parfois si alarmantes, que des chirurgiens, tels que Sim, n'hésitent pas à placer dans la coque de l'ancienne tumeur des tampons d'ouate imbibés de perchlorure de fer. Le tamponnement plus ou moins aseptique par la gaze en particulier, les injections d'eau chaude réveillant la contraction de la fibre utérine sont de meilleurs moyens, mais encore d'une efficacité douteuse. Il ne s'agit pas, en effet, seulement de lutter contre une hémorragie en surface, mais on se trouve en présence de gros vaisseaux veineux ou artériels ouverts, déchirés, qui ne peuvent être oblitérés que par une action directe, par une forte pression exercée sur eux. La vascularité de la périphérie contraste avec la pénurie des vaisseaux enfermés dans le fibrome.

Les vaisseaux sont quelquefois si dilatés, que leur calibre est comparé par Sp. Wels à celui d'intestins de lapins. Les hémorragies peuvent se produire quelque temps après l'opération, et alors que la malade revenue dans son lit commence à se remettre du sommeil chloroformique, on la voit dans pas mal d'observations pâlir, tomber en syncope et mourir. Une hémorragie intrapéritonéale a dérouté les prévisions du chirurgien. Dans l'observation I que nous citons, la malade serait sûrement morte, si on avait rentré l'utérus. Il faut, en effet, une petite quantité de sang épanché dans le péritoine pour

amener des accidents graves. Quand on a des doutes sur l'hémostase, quand on craint une hémorragie, l'exhystéropexie s'impose.

Nous avons lu des observations où les sutures étaient bien faites, où la poche était recouverte par des lambeaux de péritoine et où le sang a pu s'épancher en grande abondance sous le péritoine et y former d'énormes hémato-cèles rétro-péritonéales. Le sang épanché est un véritable bouillon de culture si l'asepsie n'a pas été rigoureuse.

Les sutures les mieux faites peuvent être inefficaces.

Entre les bords affrontés de la plaie utérine, il peut se produire un suintement sanguin. Celui-ci peut durer longtemps, surtout si le vaisseau qui saigne est assez volumineux; d'autre part, ce suintement de liquide se produit souvent au bout de quelques instants, au moment où le chirurgien, trop confiant, a déjà fermé la cavité abdominale. Et dans certaines conditions, les pertes de sang les plus insignifiantes ont des conséquences graves. C'est ainsi qu'on ne doit pas négliger les petites hémorragies qui se produisent par les orifices de pénétration des fils dans le tissu utérin. Les piqûres intéressant un vaisseau de la séreuse qui recouvre la tumeur, surtout si l'opérateur se sert d'aiguilles trop volumineuses, donnent beaucoup de sang. Enfin les meilleurs procédés n'empêchent pas la formation d'hématomes sous-séreux.

L'exhystéropexie permet de traiter la cavité quelquefois énorme qui contenait le fibrome. Sans doute, les contractions de l'organe suffisent quelquefois à fermer la perte de substance. Mais dans les cas où la cavité est grande, lorsque ses parois sont dures et restent béantes, que faire ?

Faire des sutures en étage et adapter des lambeaux de péritoine au-dessus de cette cavité? C'est là un procédé d'oblitération qui mérite peu de crédit si l'on songe que cette cavité n'offre rien qui ressemble à une plaie ordinaire et que les tissus qui la tapissent sont peu disposés pour une réunion immédiate. On peut suturer, à l'exemple de Küster, les bords de la cavité à la plaie abdominale, en établissant un drainage. Mais on a ainsi un clapier où les parties sphacélées séjournent par manque de déclivité.

L'exhystéropexie, dans les cas où l'on a affaire à une cavité d'énucléation assez considérable, paraît être le plus sûr moyen d'arriver à la guérison. Une observation rapportée par Hofmeier montre le danger de la stagnation des matières dans ces cavités intra-pariétales. Cet auteur a observé, en effet, chez une jeune fille à laquelle Schroeder avait enlevé par énucléation un myôme, des coliques utérines d'une violence inouïe pendant les premiers jours ; il les attribue au sang et aux sécrétions qui s'étaient accumulées dans la cavité de la plaie.

Si l'on a énucléé plusieurs tumeurs, il faut traiter plusieurs poches. On ne peut songer évidemment à les suturer toutes aux lèvres de l'incision abdominale ; si on les ferme toutes et si on les rentre, on s'expose aux dangers que nous avons mentionnés plus haut. Pozzi croit qu'il est impossible de traiter des poches multiples, et beaucoup de chirurgiens emploient plus volontiers l'amputation de l'utérus, opération mieux définie et plus sûre, laissant l'énucléation pour des cas spéciaux. Ils se privent ainsi d'une opération légitime et conservatrice. Or, l'exhystéropexie doit rassurer sur les suites de l'énucléation, et l'on peut se livrer minutieusement à une dissection de toutes les tu-

meurs. L'énucléation est une dissection rationnelle, car elle n'enlève que le tissu morbide.

Mais dans l'énucléation, l'intégrité de la muqueuse utérine est parfois difficilement sauvegardée. C'est là une éventualité assez grave, d'après les statistiques. En effet, d'après Hoffmeier, les résultats de Schröder donnent 31 pour 100 de mortalité quand la cavité utérine a été ouverte, et 9,5 pour 100 seulement, quand elle ne l'est pas. On s'efforce par des sutures d'éviter la communication du canal génital avec le péritoine, car on a reconnu que le principal ennemi à combattre dans ces circonstances est la septicémie. Dans ce cas, notre maître, M. Jaboulay, pense que l'exhystéropexie doit suivre l'énucléation ; on laisse l'utérus hors du ventre le temps nécessaire à la formation d'adhérences et on le rentre quand la cicatrisation est en bonne voie.

Un autre danger de l'énucléation que l'exhystéropexie supprime, ce sont les opérations incomplètes. Il se peut que des fragments de la tumeur ne puissent être enlevés à cause des adhérences, ou par suite de leur mollesse et de leur fragilité. Dans ces cas, l'opération en deux ou plusieurs temps est indiquée. Mais il n'est possible de la faire que si l'utérus est au dehors. Les contractions utérines provoquées par la première tentative mobilisent la tumeur, l'irritation déterminée à sa surface aboutit d'abord à l'isolement du myôme, puis il se produit ce que Gusserow appelle la gangrène disséquante, et l'énucléation est presque spontanée après quelque temps.

L'utérus étant au dehors, l'élimination des parties sphacélées se fait très bien. Il n'y a pas de danger de rétention comme lorsqu'on opère par le vagin. Les lavages se font à

jour, les irrigations fréquentes et larges portées dans les anfractuosités de la plaie n'y laissent pas séjourner la moindre parcelle organique. De plus, les adhérences qui se forment assez vite empêchent la pénétration des matières septiques dans le péritoine. Un chirurgien américain, Fowler, a employé ce procédé dans quatre cas. Il eut quatre succès. Fowler n'extériorisait pas l'utérus en totalité, il engageait seulement la partie fibromateuse dans les lèvres de la plaie abdominale. Nous citons plus loin ces quatre observations.

L'exhystéropexie s'imposera toutes les fois que l'on aura des tumeurs dégénérées, gangrénées. Dans les *Bulletins de la Société anatomique* on trouve plusieurs observations de masses myomateuses creusées en tous sens de cavernes et d'excavations remplies de pus. Cruveilhier croit que c'est la capsule qui suppure qui prive le fibrome de ses moyens de nutrition et le fait tomber en gangrène. On ne pourrait faire une opération complète que si on enlevait la capsule et ce n'est pas toujours possible.

L'utérus au dehors, le drainage est assuré d'une façon parfaite.

Hégar, Hofmeier et Pozzi reprochent à l'énucléation l'éventualité d'un nouveau fibrome passé inaperçu et pouvant se développer ultérieurement. Cela peut arriver si l'on rentre l'utérus, mais, si on le luxe au dehors, on ne craindra pas les jours suivants d'enlever les fibromes qui auraient passé inaperçus la première fois. Que l'on nous permette du reste de formuler une hypothèse fort vraisemblable, celle de la rétrocession des fibromes exposés à l'extérieur.

Après des laparotomies, après des traumatismes, on a

vu rétrocéder des fibromes. Al. Doran cite plusieurs cas dans lesquels le traumatisme a provoqué un processus inflammatoire suivi de résolution et de résorption lente du fibrome. Il en a réuni trente-sept cas. Rigby, Prieger, Playfair, Guéniot citent des faits analogues. Ne pourrait-il pas se produire un processus inconnu, il est vrai, mais indiscutable, analogue à celui qui fait rétrocéder les goîtres exothyropexiés ?

Duncan a observé une femme de trente-trois ans atteinte d'une volumineuse tumeur utérine produisant des hémorragies abondantes. L'état de la malade s'aggravant, une laparotomie fut faite, mais la tumeur était tellement adhérente que le ventre fut refermé sans que l'ablation de la tumeur fût pratiquée. Un an plus tard, la tumeur avait complètement disparu¹.

Nous avons vu nous-mêmes, chez une malade opérée par M. Jaboulay pour un fibrome aberrant adhérent à l'intestin et exposé hors du ventre (les adhérences ayant été respectées) une diminution visible de son volume au bout de trois semaines. Nous ne savons par quel processus, mais nous croyons que l'exhystéropexie simple pourrait amener des rétrocessions.

¹ *Obs. Society*, London, 7 juin 1893.

OBSERVATION I

(Due à l'obligeance de M. le professeur agrégé Jaboulay.)

Fibromes interstitiels de l'utérus. — Enucléation d'un énorme fibrome et de deux autres plus petits. — Exo-hystéropexie. — Hémorragie consécutive très abondante.

Marie D..., âgée de trente-deux ans, cultivatrice à Aurec (Haute-Loire), entre à l'hôpital dans le service de M. le professeur Poncet, se plaignant d'un déplacement du rein droit et d'une tumeur siégeant dans le petit bassin. Les antécédents de cette malade sont nuls. Elle a eu toujours une bonne santé, sa menstruation a été régulière. Pas d'enfants.

Il y a sept ou huit ans que la malade s'est aperçue de l'existence de douleurs intermittentes, sous forme de sensations piquantes, lancinantes dans l'hypocondre droit ou de sensations de tiraillement. Elles n'ont jamais un caractère d'acuité prononcée et n'ont jamais entraîné d'impotence fonctionnelle. Cette femme a continué à travailler et à marcher sans difficulté. Deux ou trois mois après l'apparition de ces symptômes, la malade vit un médecin qui fit le diagnostic de tumeur incluse dans le bassin et conseilla à la malade des applications de pastilles de potasse, dont les cicatrices étoilées au nombre de huit couvrent à l'heure actuelle toute la paroi abdominale à droite. La malade n'eut d'ailleurs à la suite aucune amélioration. Un autre médecin consulté fit le diagnostic de rein mobile et l'attention de la malade ayant dès lors été attirée sur ce fait, elle suivit par le palper tous les déplacement de la tumeur qui subissait des mouvements d'ascension ou de descente. La malade prétend sentir

cette tumeur tantôt au-dessous des fausses côtes, tantôt dans la fosse iliaque droite.

Depuis cette constatation directe de l'existence d'une tumeur, il ne paraît pas y avoir eu d'augmentation notable de son volume.

Jamais la malade n'a ressenti de coliques, de crises pouvant rappeler des coliques néphrétiques, jamais de troubles dans la menstruation ; les règles sont normales, jamais d'hydrorrhée, de métrorragie en dehors de la menstruation. Pas de signes de compression du rectum ou de la vessie. L'état général de cette femme est bon, elle est forte et vigoureuse, elle a le teint coloré.

Au palper on sent, à travers la paroi abdominale très souple, une tumeur couchée transversalement dans la fosse iliaque droite, elle est du volume d'un petit rein. On ne sent rien d'anormal dans la région du rein droit. Au toucher on sent, dans le cul-de-sac latéral gauche, une énorme tumeur peu mobile, molle, semblant presque garder l'empreinte du doigt. Cette tumeur arrondie est en saillie dans le vagin. L'utérus est refoulé en haut en avant et à droite. Son col est presque derrière la symphyse pubienne. Il est mobile et suit les déplacements de la petite tumeur perçue dans la fosse iliaque droite. L'hystéromètre donne 7 cent. 1/2.

Le 26 décembre 1893 on l'opère. On fait une laparotomie. L'utérus est volumineux, déformé par un énorme fibrome du volume du poing, logé dans la paroi antérieure au niveau du fond de l'utérus. La tumeur incluse dans les couches musculaires n'est pas pédiculisable. Enucléation par débridement des couches sus-jacentes et dégagement au doigt. Même opération pour deux plus petits. L'utérus est luxé en dehors de la paroi abdominale et entouré d'une collerette de gaze iodoformée.

Une hémorragie assez abondante, environ 500 à 600 grammes, survint trois heures après l'opération. Le pansement imbibé de sang est enlevé. On laisse la gaze iodoformée appliquée sur l'utérus. Injections d'ergotinine. L'hémorragie s'arrête.

Le 7 janvier 1894, on rapproche les deux lèvres cutanées au moyen de sutures métalliques. Entre les deux lèvres reste un espace de 3 centimètres environ au fond duquel est l'utérus.

Le 9, la malade part ; l'utérus est en place, mais fixé à la paroi abdominale. Pas de douleurs au niveau de la cicatrice.

Une semaine après, la malade a ses règles. Elles sont normales et ont lieu sans douleurs. L'utérus a repris sa fonction.

Cette observation est décisive comme on le voit.

1° L'exhystéropexie a permis de faire l'énucléation au lieu de faire une hystérectomie à pédicule externe. Les trois plaies utérines ne pouvaient être suturées à la fois à la plaie abdominale. On a donc conservé l'utérus à une femme relativement éloignée de la ménopause.

2° Si on avait rentré la matrice dans le péritoine, l'hémorragie survenue trois heures après l'opération aurait entraîné fatalement la malade.

3° La durée du traitement n'a pas été plus longue que celle d'une hystérectomie avec pédicule externe.

Grace à l'exhystéropexie, le champ de l'énucléation sera étendu aux dépens de celui de l'hystérectomie et nous croyons que les malades y trouveront un immense avantage.

Ce qui nous a frappé en effet après l'énucléation, c'est le calme absolu de l'opérée. Notre malade ne se plaignait pas, présentait une figure souriante, tranquille. Elle ne souffrait pas, et ne se rendait pas compte de la gravité de l'opération subie, tant elle ressentait peu de malaise. La température restait à la normale ou à peu près, le pouls

était bon, fort, et battait avec lenteur et régularité. Le sommeil était bon dès les premiers jours et l'on sentait que la malade marchait rapidement vers une guérison assurée d'ailleurs par la précaution que l'on avait prise. Elle reprit assez vite le cours de sa vie ordinaire sans avoir subi l'influence morale de la déchéance dont une hystérectomisée se rend parfaitement compte et dont la considération n'est pas à négliger. En un mot, c'est le tableau de la laparotomie la plus simple qu'on puisse imaginer.

Chez une hystérectomisée, le tableau clinique diffère. Dès que l'action anesthésique de l'éther s'est dissipée, la malade pousse des gémissements, accuse des douleurs intenses. Elle offre à l'observation une série de phénomènes nerveux moins graves qu'ennuyeux, susceptibles d'éveiller une certaine dose d'anxiété quand on les voit pour la première fois. Ces phénomènes sont dus à la constriction du lien sur le pédicule.

On se les explique très bien quand on sait que l'isthme de l'utérus est le confluent nervo-musculaire d'où part tout ce qui doit nourrir et innerver l'organe féminin. Or la striction moyennant ligature de ces nombreux faisceaux vasculo-nerveux ne peut se faire sans produire un ensemble de symptômes de douleur et d'agitation dont on ne doit pas être étonné.

L'énucléation a donc des conséquences moins graves. Elle est de plus logique, en ce sens que les efforts de tout chirurgien devant tendre avant tout à une opération conservatrice, l'énucléation ne laisse pas après elle de mutilation : c'est, d'après Martin, l'idéal de l'intervention.

CHAPITRE III

Opérations sur l'utérus fibromateux en deux temps.

PREMIER TEMPS. — *Luxation de la tumeur ou de l'utérus au dehors et formation d'adhérences.*

DEUXIÈME TEMPS. — *Cautérisation ou hystérectomie.*

Dans les opérations pour tumeurs ou collections liquides de l'abdomen, la majorité des chirurgiens est d'avis qu'il faut se garer du péritoine. De là le respect des adhérences préexistantes, de là l'intention d'en créer quand il n'y en a pas. Après une hystérectomie supra-vaginale, on fait souvent un pédicule externe, mais, avant de faire cette hystérectomie, ne serait-il pas plus sûr et moins long d'avoir déjà la surface de section isolée du péritoine ? Je m'explique : ne pourrait-on pas extraire le fibrome utérin ou l'utérus dans sa portion supérieure de la cavité abdominale, le laisser au dehors, l'incision abdominale en partie suturée, et n'opérer qu'après formation d'adhérences autour de la tumeur ?

A priori, on devine tous les accidents qui sont évités par cette méthode. « On agit par des opérations successives et peu graves et l'on arrive au même but, avec plus de sécurité qu'avec les opérations complètes, massives, sans doute fort belles, donnant parfois d'éclatants succès, mais ayant aussi le grand danger de jouer tout ou rien. »

Ces opérations successives en deux ou plusieurs temps se retrouvent sans la thérapeutique des kystes du foie, ou de la rate. Dans la thérapeutique des tumeurs utérines, nous ne trouvons que deux chirurgiens, qui aient essayé cette méthode. Ils s'en sont bien trouvés. Nous allons exposer leur procédé. Nous en verrons la sécurité. Puis nous parlerons de l'hystérectomie en deux temps, de M. le professeur agrégé Jaboulay, car dans les observations précédentes on n'agissait que sur une portion de l'utérus ou sur un fibrome énucléable, mais non sur la totalité de la matrice.

Un chirurgien américain Fowler a traité quatre myômes utérins, par un procédé qui consistait à isoler la tumeur de la cavité péritonéale et à la cautériser après formation d'adhérences. Il ne luxait pas entièrement l'utérus, mais engageait la tumeur entre les lèvres de l'incision. Fowler fut amené à la découverte de cette méthode, par une circonstance fortuite.

OBSERVATION II

Une fille de trente et un ans ayant un myôme utérin volumineux, l'auteur s'était décidé à pratiquer l'extirpation des annexes. Or, la laparotomie, étant faite, il s'aperçut que les adhérences péritonéales l'empêchaient d'atteindre les ovaires

et les trompes. Pendant la recherche il blessa la tumeur qui fournit du sang et, pour arrêter l'hémorragie, il dut employer le thermocautère qu'il plongea dans le myôme, puis il fit un pansement à l'iodoforme. Or, le processus de mortification ainsi commencé ne cessa qu'après complète décortication de la tumeur. Les escarres étaient extraites au fur et à mesure par l'ouverture abdominale. Irrigations antiseptiques fréquentes.

Au bout de six semaines, l'élimination était achevée et la plaie guérie.

Un an plus tard, l'auteur constate l'absence de récurrence ; l'état général de l'opérée était satisfaisant.

Ce succès inespéré conduisit l'auteur à l'application intentionnelle du procédé dans trois cas.

OBSERVATION III

1^o Fille de trente-trois ans portant un fibrome utérin qui monte à 2 pouces de l'ombilic absolument immobile de sorte que l'hystérectomie paraît impossible. Incision de 5 pouces sur la ligne médiane ; suture de la capsule aux lèvres de la plaie abdominale. Le troisième jour, les adhérences étant solides, cautérisation au Paquelin sur une longueur de 2 pouces, pansement antiseptique. La mortification de la tumeur s'établit au bout de quarante huit heures et progresse sans interruption jusqu'à décortication totale. Les masses séparées de la capsule sont extirpées en plusieurs séances sous forme d'escarres : leur poids atteint 2 livres et demie. Pas de complication, pas d'hémorragie ; la cure totale dure quatorze semaines. Au niveau de la cicatrice on voit la paroi abdominale déprimée et l'on constate la fixation de l'utérus en ce point. Etat général satisfaisant.

2^o Même traitement appliqué à un cysto-fibrome volumineux.

3° Fibrome utérin traité sans succès par la méthode d'Apostoli et atteignant l'ombilic chez une femme de trente-huit ans. Cette tumeur a diminué d'abord d'un tiers, puis elle a dépassé son volume primitif. Les applications électriques ont causé de graves désordres cardiaques. L'élimination des escarres s'effectue actuellement d'une façon satisfaisante.

Vulliet de Genève a fait en 1885 une communication sur un traitement des tumeurs fibreuses en deux temps. Dans un premier temps il ouvre l'abdomen et amène la tumeur au niveau de la plaie de la paroi; il fixe à son revêtement séreux le péritoine pariétal afin de déterminer des adhérences. Lorsque l'adhésion des deux surfaces semble obtenue, c'est-à-dire environ quarante-huit heures après la section abdominale, il fend la tumeur mise à découvert avec le thermocautère ou avec le galvano-cautère et il cherche à en extraire quelques lambeaux. Dans les séances successives, il extrait des parties de néoplasme à l'aide d'un harpon et des ciseaux jusqu'à ce que la coque soit à nu. Vulliet n'a jamais remarqué de fièvre chez son opérée.

Cette énucléation graduelle est très facile après l'exposition de la tumeur hors du ventre. Elle est analogue à l'énucléation en plusieurs temps que l'on a décrite pour la voie vaginale. Elle en a les avantages sans en avoir les inconvénients. Ce morcellement lent de la tumeur dans la cavité utérine présente des dangers de septicémie. Ici point. Les lavages que l'on fait, les pansements plus faciles à faire entraînent les détritits et les parties mortifiées. On ne craint pas ces métro-péritonites, ces lymphangites septiques survenant par le fait de la propagation

de l'inflammation au péritoine ou par le passage direct, des éléments septiques dans la séreuse par l'intermédiaire des trompes. L'avantage reste donc à la voie abdominale, au procédé en deux temps, après exhystéropexie et formation d'adhérences.

Mais pourquoi exhystéropexier tout l'organe ? Ne suffirait-il pas de suturer la périphérie de la tumeur à la paroi abdominale, de façon qu'après la disparition de la tumeur on n'ait que la cavité d'énucléation entre les lèvres de l'incision abdominale.

Nous savons la lenteur d'élimination et la longue suppuration qui accompagnent la cicatrisation des cavités fixées ainsi par leurs bords aux parois du ventre. Plus la tumeur fera saillie et plus les produits d'élimination s'en iront facilement. Il y aura moins de stagnation, et par suite moins de résorption. De plus, les bords de la plaie abdominale courront moins de risque de s'infecter.

Si l'hystérectomie s'impose, ne peut-on pas la faire en deux temps ? Il est évident que toutes les indications de l'hystérectomie totale sont des contre-indications à ce procédé. De plus, il faut que l'utérus soit mobilisable. Voici le procédé qu'a employé notre maître M. Jaboulay.

Dans un premier temps on fait l'incision de la laparotomie et l'on ouvre la cavité péritonéale. On mobilisera l'utérus et on l'amènera hors du ventre. On maintiendra dès lors l'ouverture abdominale fermée. Il est bon de ne faire qu'une petite incision, de telle sorte que la tumeur n'y passe qu'avec difficulté comme dans une boutonnière élastique. On facilitera, au besoin, son issue hors de l'abdomen en lui imprimant des mouvements de rotation sur

son axe ou même en la faisant fortement soulever par un aide qui introduira ses doigts dans le vagin.

On referme la partie supérieure de l'incision abdominale par trois étages de sutures jusqu'à un travers de doigt environ de l'utérus. On bouche à cet endroit l'ouverture abdominale par une mèche de gaze iodoformée ne pénétrant pas profondément. L'utérus est entouré d'un pansement avec de la gaze iodoformée très légère ou même simplement avec de la gaze stérilisée. Les jours suivants il se produit une exsudation très abondante nécessitant de fréquents pansements. Cette exsudation est aseptique et se produit sans réaction de la part de la malade. Elle dure environ deux ou trois jours.

Il y a très peu de fièvre et pas de douleurs. Au bout de quelques jours, de huit à quinze jours, les adhérences sont suffisantes, l'utérus est complètement extra-péritonéal, on place une ligature élastique et on le sectionne.

Cette section peut se faire sans anesthésie. Elle est peu douloureuse et c'est là un grand avantage. Les adhérences ne risquent point de se rompre dans les efforts que font les malades pendant la narcose. On traite alors la surface de section comme un pédicule externe, les irrigations antiseptiques ne risquent pas d'entraîner les parties sphacélées dans le péritoine.

OBSERVATION IV

(Due à l'obligeance de M. Jaboulay.)

Fibrome utérin interstitiel et sous-péritonéal. — Hystérectomie abdominale en deux temps.

Veuve Méline C..., âgée de quarante-cinq ans, née à

Montmeran, demeurant à Valence, entre à la Charité le 12 septembre 1894. Les antécédents pathologiques sont sans importance. Menstruation à dix-sept ans, régulière ; mariée à dix-neuf ans. La même année elle eut une fausse couche au deuxième mois de la grossesse, avec infection, fièvre, pertes, etc... Règles très abondantes et métrorragies dans les intervalles jusqu'à l'âge de vingt-cinq ans. Depuis, menstruation normale, aucun accident génital, pas de grossesse, ni de retard des règles.

Au mois de juin dernier, la malade fut prise de douleurs très vives dans le côté droit de l'abdomen et le membre inférieur droit ; elle eut des douleurs lancinantes avec crampes et des hémorragies abondantes durant trois jours. Un docteur, consulté, pratiqua le toucher vaginal et constata à gauche une grosseur déjà assez volumineuse dont la malade ne s'était jamais aperçue. C'est sur les conseils de ce médecin qu'elle entre à l'hôpital. Elle ne souffre pas et ses règles sont régulières.

Examen. — L'abdomen a des parois résistantes ; la malade est très nerveuse et se prête mal à l'examen. Sonorité partout, sauf dans le flanc gauche où la percussion profonde détermine de la submatité en dehors de l'ombilic et où la palpation permet de reconnaître une masse arrondie, dure, de contour un peu bosselé, mobile latéralement, remontant non loin de l'ombilic, non douloureuse.

Toucher. — Col très gros, lèvres charnues proéminentes, sans ulcérations ni excroissances. L'utérus est en antéversion et l'orifice du museau de tanche fermé, résistant et tourné vers le cul-de-sac postérieur.

Dans le cul-de-sac gauche, en avant, est une masse qui fait bomber ce cul-de-sac. Les parois du vagin glissent sur elle, elle est contiguë à l'utérus et on ne peut trouver de séparation nette entre elle et cet organe. Cette masse semble distincte de celle constatée par l'examen abdominal externe qui semble en connexion moins intime avec l'utérus, et l'accompagne moins exactement dans ses déplacements comme si l'on

avait affaire à un fibrome sous-péritonéal pédiculé. Cette masse est située immédiatement sous la paroi abdominale. On ne la sent pas par le toucher vaginal. Ni l'une ni l'autre ne sont appréciables par le toucher rectal. Le cul-de-sac de Douglas est libre.

Hystéromètre très difficile à introduire entre les lèvres qui bombent vers l'orifice du museau de tanche ; mouvements de défense de la malade. Impossible de passer à plus de 2 ou 3 centimètres de l'orifice externe.

Le 15 septembre, on fait la laparotomie. On aperçoit l'utérus fibromateux, piriforme, avec un nodule fibreux latéral gauche. L'utérus est hypertrophié en masse avec de gros vaisseaux superficiels. L'organe est soulevé en totalité à travers l'ouverture de la plaie et laissé au dehors. On ferme par 3 plans de sutures la portion de l'incision laissée libre jusqu'à un travers de doigt de l'utérus ; on met à cette place une mèche de gaze sans trop l'enfoncer.

17 septembre. — Suintement abondant qui a traversé le pansement. Pas de température. La malade n'a ni nausées, ni vomissements. Pas de vents, pas de selles. Etat général bon.

On change le pansement. L'utérus est gonflé, congestionné, on voit une thrombose commençante des vaisseaux superficiels.

18 septembre. — La malade a ses règles. Pas de douleurs. Suintement moins considérable. Vents. Pas de réaction péritonéale.

2 octobre. — Adhérences solides entre le pédicule de l'utérus et la paroi. On serre un lien de caoutchouc autour du pédicule. On excise alors le corps utérin au bistouri sans anesthésie. Peu de douleur.

13 octobre. — Le pédicule sphacélé se détache. *Infundibulum*, cicatrisation.

30 octobre. — La malade a quitté l'hôpital depuis quinze jours. Elle donne de ses nouvelles par lettre. La cicatrisation de l'incision abdominale est presque achevée. Bon état général. Plus de phénomènes douloureux.

En opérant en deux temps, on donne au péritoine le minimum de traumatisme possible; le temps de l'inciser, de sortir la tumeur et de le refermer, temps qu'on peut évaluer par quelques minutes à peine. Or, c'est là un point capital, si la malade est déjà affaiblie. Les traumatismes péritonéaux sont graves. Ils se marquent par des phénomènes d'arrêt, d'inhibition, ou encore de « shock ». L'irritation du péritoine a pu même déterminer le tétanos. Nous en avons lu des exemples après des opérations sur l'utérus. Les morts par shock, sont assez fréquentes. On les évalue à 20 pour 100 dans la mortalité totale.

Le shock se produit surtout chez les femmes qui ont de la dégénérescence de cœur. Hoffmeier a montré la fréquence des maladies de cœur dans les tumeurs abdominales et, en particulier, dans les gros fibromes. Les observations de Schröder, de Fehling montrent que les hystérectomies faites sur ces malades sont très graves. Il ne faut pas que l'opération dure longtemps, et c'est dans ces cas que nous proposons l'hystérectomie en deux temps. Le premier temps opératoire dure très peu. Les intestins subissent peu le contact de l'air, et le réflexe fatal n'a pas le temps de se produire. C'est ainsi qu'on pourra opérer toute une catégorie de femmes auxquelles on n'osait toucher, tant était grand leur affaiblissement.

En opérant en deux temps, on supprime évidemment tous les inconvénients de la méthode intra-péritonéale. On évite les hémorragies dans le petit bassin, la septicémie, la péritonite.

Mais le procédé en deux temps doit-il être préféré à l'hystérectomie supra-vaginale, avec fixation du pédicule au dehors ? Dans les deux cas, en effet, on s'isole du péri-

toine. Dans un cas, on y arrive graduellement, dans l'autre, tout se fait dans la même séance. Nous venons de voir que le « shock » se produisait dans les opérations de longue durée. L'avantage, à ce point de vue, reste au procédé en deux temps.

Dans le procédé ordinaire, il faut faire de nombreuses sutures entre le péritoine pariétal et le péritoine du pédicule pour empêcher la pénétration dans le péritoine, de produits septiques. On allonge ainsi la durée de l'opération.

Il faut encore maintenir solidement dans la plaie abdominale ce moignon qui cherche toujours à s'en échapper. Si l'on emploie des broches, des aiguilles, et si les tractions sont fortes, celles-ci pourront se tordre et si la résistance des tissus du pédicule est faible, elles le déchireront et celui-ci s'enfoncera de plus en plus dans le ventre. Un danger brusque sera imminent : la rentrée brusque de ce pédicule en pleine suppuration. Dans la méthode que nous exposons, la tumeur ne peut rentrer, l'incision abdominale ayant été en partie suturée. De plus, lorsqu'on sectionne la tumeur, le pédicule est fixé par des adhérences solides, plus solides que les adhérences produites par Hégar avec ses sutures péritonéales.

L'utérus étant resté pendant dix ou douze jours hors du ventre, les ligaments utérins se sont relâchés. Les ligaments utéro-sacrés qui constituent un obstacle au déplacement en avant de l'utérus, sous l'influence de cette traction continue, deviennent plus lâches et le pédicule, au moment de l'opération complémentaire, se trouve moins tirailé. On peut augmenter cette laxité, soit par des pes-saires qui repoussent le col et tendent les ligaments, soit

par des mouvements d'élévation ou d'abaissement produits à l'aide des doigts introduits dans le vagin.

De cette façon, quand le pédicule suppure, l'infundibulum est moins accentué et les liquides s'accumulent beaucoup moins. On est sûr que la cavité péritonéale est fermée. Ce qu'on ne peut affirmer dans l'autre cas, même après le procédé de fixation d'Hégar. C'est ainsi qu'on n'est pas toujours parvenu à empêcher le pus de filtrer entre les parois et le pédicule comme dans un cas de Péan.

Il nous a semblé que la nécrose du pédicule avec le procédé en deux temps était moins longue. Les adhérences, déjà établies, fourniraient une circulation capillaire contribuant à la nutrition des tissus. Les dangers de la péritonite tardive observée dans les cas de pédicule en partie réduits dans le ventre, mais isolés du péritoine, seront évités.

Dans les cas de pédicule externe par la méthode d'Hégar, on note, même après cicatrisation, des abcès autour de la plaie, par suite de l'irritation causée par les fils non résorbés qui servent à constituer la collerette péritonéale. C'est un inconvénient de moins dans le procédé de M. Jaboulay.

L'hystérectomie en deux temps est à recommander dans les tumeurs fibro--kystiques, composées de foyers de désintégration granulo-graisseuse se produisant au centre de grosses tumeurs où la nutrition est entravée. On y voit une bouillie plus ou moins liquide, des épanchements de sang, dont l'irruption dans le péritoine est à redouter. Le voisinage de la cavité utérine, des anses intestinales, ou peut-être même le microbisme latent donnent à ce contenu une virulence dont on doit tenir compte. On doit

alors sortir l'utérus et ne l'opérer qu'après formation d'adhérences. Pour être plus sûr, on pourrait serrer fortement le pédicule dans l'angle inférieur de la plaie, de manière à bien affronter par simple pression le péritoine pariétal et celui du pédicule. La suture des séreuses est inutile. C'est un temps long, assez délicat et qui donne du sang ; toutes raisons pour s'en passer.

Le procédé en deux temps peut s'appliquer avec succès dans les cas de fibromes adhérents à l'intestin. On les expose au dehors dans un premier temps, et on pratique leur excision quelques jours après quand les adhérences sont formées. Dans les cas de fibrome adhérent intimement à l'intestin, le seul traitement rationnel c'est l'entérectomie. On ne peut songer à faire l'excision des adhérences dans la profondeur des mésos ou du mésentère. On court deux dangers : celui de produire la gangrène intestinale par blessure des vaisseaux ou l'occlusion interne par adhérence de l'intestin à la plaie. L'entérectomie est une opération grave et c'est pour lui suppléer que M. le professeur agrégé Jaboulay a exposé au dehors la tumeur greffée sur l'intestin et l'excise plus ou moins tardivement, quand elle est isolée de la cavité péritonéale.

M. Jaboulay a opéré récemment une femme porteur de fibromes utérins interstitiels, et d'un fibrome sous-péritonéal ayant contracté des adhérences au côlon transverse sur une large surface de 5 centimètres carrés et par suite amené de l'ascite. Cette femme était jaune, cachectique. Elle voulut être opérée après une expectation de trois

semaines. Au fond de l'utérus bourré de fibromes, atte-
nait par un petit pédicule un gros fibrome sous-péritonéal
relié d'un autre côté au méso-côlon transverse. Il sec-
tionna le pédicule de ce fibrome à l'utérus, et obtint ainsi
deux tumeurs fibreuses ; l'une formée par l'utérus et
l'autre par le fibrome adhérent au méso-colon. Elles
pouvaient être traitées de la même façon. La première
fut extirpée par l'hystérectomie supra-vaginale avec pédi-
cule externe, l'autre fut d'abord attirée au dehors : mais
comme le pédicule était considérable et qu'il y avait,
d'autre part, danger à prolonger l'intervention, il ne
voulut pas en faire l'excision. Il conserva un pédicule en
dehors des replis péritonéaux suffisamment long pour ne
pas exposer aux lésions vasculaires ni à la compression
de l'intestin et il résolut de renvoyer l'opération radicale
à plus tard. La tumeur fut donc simplement maintenue
au dehors du ventre et la suture des trois plans de l'abdo-
men effectuée entre le pédicule utérin en bas et la tumeur
filée en haut. La malade, contre toute espérance, récupéra
ses forces et paraissait devoir guérir, lorsqu'un mois après
elle succombait brusquement en venant de manger. La
tumeur avait été excisée vingt-quatre heures avant et son
pédicule, étalé au dehors, ressemblait à celui de l'utérus.
L'autopsie démontra de la dégénérescence graisseuse des
reins et du foie et aussi deux ou trois petits abcès du pédi-
cule qui s'était infecté.

CHAPITRE IV

Exhystéropexie d'urgence.

Il arrive quelquefois que les fibromes produisent des accidents graves, subits, nécessitant une intervention d'urgence. Cette intervention ne peut pas toujours être une hystérectomie, le chirurgien pouvant ne pas avoir avec lui les aides ou les instruments nécessaires pour une opération aussi grave. L'exhystéropexie ou la luxation de l'utérus fibromateux suffira le plus souvent à faire cesser les accidents, en attendant une opération plus radicale et plus curative. Elle est beaucoup plus facile, nécessite un outillage moins complet et un personnel d'aides moins nombreux.

Occupons-nous d'abord des cas où les tumeurs fibreuses détermineraient des accidents subits de compression du côté du tube intestinal. Ces accidents, on le sait, sont quelquefois inquiétants pour la vie des malades et cependant ils pourraient quelquefois être facilement évités. La lecture des observations montre qu'assez souvent l'étrangle-

ment du rectum est produit par un fibrome qu'il suffit de déplacer. Dans une observation d'Hergott, l'utérus infléchi en arrière et en bas, aurait pu être facilement redressé comme on le vit à l'autopsie en glissant la main entre la tumeur et la face intérieure du sacrum : la malade mourut d'obstruction intestinale. Dans un grand nombre de cas on a pratiqué l'anus artificiel iliaque ; l'exhystéropexie aurait peut-être évité l'entérotomie. Mais il faut que l'utérus n'ait pas contracté des adhérences trop solides ou trop dangereuses à rompre avec les organes voisins. Nous ne pouvons fournir d'observations prouvant notre dire, nous nous fondons simplement sur ce fait que la thérapeutique de ces accidents a été impuissante, lorsqu'on a dû recourir à l'entérotomie, qu'elle a été au contraire très efficace toutes les fois que la tumeur a pu être refoulée au-dessus du petit bassin (Pozzi), que, pour être sûr qu'ils ne se reproduiront pas, il n'y a que trois partis à prendre : la fixer, l'enlever ou la sortir.

La fixation d'une tumeur un peu volumineuse n'est pas commode ; de plus elle amènerait sûrement une irritation du péritoine et des adhérences plus ou moins dangereuses pour l'intestin ; l'enlever serait plus rationnel, mais si la malade est déjà anémiée par des pertes de sang répétées, si elle est dans un état de prostration assez fort, on peut craindre qu'une intervention aussi radicale ne soit mortelle, soit en amenant de nouvelles hémorragies soit en produisant le phénomène du shock.

La luxer au dehors pare aux accidents immédiats et permet d'attendre le moment opportun de l'intervention radicale.

On connaît encore les accidents assez graves produits

par la compression des voies urinaires. Assez souvent l'on n'a qu'une gêne dans la miction à laquelle la malade s'habitue facilement, en ce sens qu'elle y remédie par une position que la douleur lui a fait trouver. Mais l'oblitération des uretères donne lieu à des symptômes menaçants, heureusement fort rares. L'hystérectomie est grave, car il peut y avoir des lésions rénales, et celles-ci, ainsi que l'a démontré Pozzi, sont presque une contre-indication. L'exhystéropexie nous semble alors de mise pour les raisons énumérées déjà plus haut.

Nous ne nous étendrons pas plus longuement sur l'exhystéropexie d'urgence. Nous ne formulons que les hypothèses, n'ayant pas d'observations. Nous croyons à son utilité en raison de sa facile exécution et du peu de dangers qu'elle fait courir aux malades.

CHAPITRE V

Ce que l'on doit craindre surtout avec l'exhystéropexie, c'est l'éventration post-opératoire due au défaut de réunion des plans musculo-aponévrotiques. Là où se trouvait l'utérus, la cicatrisation ne peut se faire que par granulation et bourgeonnement des bords de la plaie et les lèvres de la plaie ne seront réunies que par un tissu qui se laisse facilement étirer. Pour remédier à cet inconvénient de l'exhystéropexie, nous proposerons ce que M. le professeur Laroyenne a déjà proposé pour remédier aux éventrations, suites de drainage. Ce sont les fils d'attente. C'est une réunion primitive retardée, préconisée déjà par Jobert de Lamballe et par Kocher.

Il suffit qu'on puisse se reconnaître facilement au milieu des fils laissés à demeure. Il faudrait, par exemple, se servir de catgut chromique pour former des points séparés sur les trois plans de la paroi. Il est vrai, que si l'on ne fait la suture secondaire que du sixième au huitième jour, les fils peuvent être affaiblis par la résorption et se rompre

quand on les nouera. Avec le fil métallique embrassant toute la paroi (peau et aponévrose, mais pas le péritoine), il nous semble que le résultat serait bon. On pourrait encore, comme le recommande M. Laroyenne, après un Mikulicz, compléter cette suture par des points séparés placés sur l'aponévrose et, afin d'éviter d'avoir trop de fils dans les parties de la plaie réservée à l'utérus, on placerait des fils distincts pour chaque côté de la plaie. Ce sont ces fils qu'on nouerait deux à deux au moment où l'on se déciderait à rentrer l'utérus cicatrisé ou bien à fermer l'abdomen au-dessus de la surface de section de la tumeur utérine. On distingue très peu quelque temps après, la partie de la plaie qui a été réunie secondairement de celle qui a été cicatrisée par première intention.

Par ce procédé, il est possible d'obtenir une réunion immédiate secondaire dans une exhystéropexie et une guérison rapide avec reconstitution d'une paroi à l'abri de l'éventration, comme si la réunion avait été exécutée dans toute la longueur de la plaie au moment de l'opération.

On a dû remarquer que nous préconisons l'exhystéropexie dans tous les cas où les chirurgiens sont d'avis d'employer le drainage : lorsqu'il existe une cavité suppurante ou quand il se produit un suintement sanguin assez abondant. En avons-nous le droit ? L'exhystéropexie est un moyen de drainage parfait qui n'a pas les inconvénients des autres drainages.

Le tamponnement à la Mikulicz, par exemple, peut amener des phénomènes de compression intestinale, soit directement par le fait de sa seule présence, soit secondairement par suite des adhérences qu'il provoque. En effet, cette bourse de volume fort appréciable, bourrée de

gaze assez fortement pour arrêter parfois une grave hémorragie, peut quelquefois comprimer les anses intestinales auxquelles elle se trouve accolée et gêner ainsi le libre cours des matières et des gaz. Comme, d'autre part, le contact de ces corps étrangers avec la séreuse péritonéale a pour effet de créer rapidement des adhérences, il peut se faire, si le Mikulicz est resté un peu longtemps en place, que l'aplatissement provisoire d'une anse intestinale ou sa coudure ne devienne définitive par suite de production d'adhérences. De plus, on lui a reproché de ne pas assurer toujours parfaitement l'écoulement des liquides dont une partie ne filtrerait pas au travers de la gaze. On voit, en effet, quelquefois, lorsqu'on retire la gaze, s'écouler brusquement une quantité assez considérable de liquide. Si l'orifice abdominal par où sort la gaze est trop étroit, elle étrangle la gaze et empêche la filtration. Le Mikulicz n'assure pas l'écoulement des sérosités épaisses. Si l'on ajoute un drain à la gaze pour les sérosités épaisses, le but hémostatique du pansement est en partie manqué.

Il n'est pas facile encore d'enlever le tamponnement. La gaze introduite directement dans le ventre peut laisser pénétrer des bourgeons charnus à travers ses mailles ; d'autre part, elle n'empêche pas l'orifice par lequel elle sort de se rétrécir. Pour ces deux raisons, il est quelquefois difficile de la retirer.

Enfin la gaze placée à l'intérieur de la cavité péritonéale est vite saturée, tandis que celle qui se trouve à l'extérieur n'est que d'un médiocre secours. Or, il n'est pas possible de retirer la première sans faire exsuder les sécrétions dont elle s'était imbibée, et qu'on laisse ainsi

dans la cavité abdominale. L'exhystéropexie, qui est un Mickulicz externe, draine parfaitement et n'a pas tous ces désagréments.

Il est vrai que l'utérus reste adhérent à la paroi abdominale. Nous ne croyons pas qu'il y ait là un grand inconvénient. L'hystéropexie, qui donne le même résultat, est une opération aujourd'hui courante ; on voit des grossesses évoluer et être menées à terme avec ces adhérences. L'accouchement se fait généralement bien.

Le seul reproche qu'on puisse nous adresser, c'est de ne pouvoir la pratiquer dans tous les cas. Il faut que l'utérus soit mobilisable. Les fibromes à évolution pelvienne ne pourront être également traités de cette façon sans cependant en être exclus. Car il est quelquefois possible de les amener au dehors ainsi que nous l'a dit notre maître, M. Jaboulay.

En résumé, si l'on considère, comme dit Verneuil, dans tout moyen thérapeutique, l'efficacité, la bénignité, la simplicité, lorsque deux opérations sont en concurrence, il suffit d'examiner comparativement ces trois qualités, dans chacune d'elles, et tout naturellement, on choisit celle qui, avec une efficacité égale, présente une bénignité et une plus grande facilité d'exécution. On ne peut contester l'efficacité des procédés que nous avons indiqués. Leur simplicité est extrême si l'on songe à toutes les difficultés que présentent des sutures nombreuses et pénibles. Quant aux dangers, il suffit d'examiner la gravité d'une hystérectomie pour être persuadé qu'une exhystéropexie simple après énucléation ou une exhystéropexie précédant une hystérectomie supra-vaginale mérite d'entrer en considération.

CONCLUSIONS

I. L'exhystéropexie ou la luxation de l'utérus hors de la cavité péritonéale est utile toutes les fois que le tissu utérin a été intéressé (myomectomies, énucléations de fibromes interstitiels). Elle permet d'éviter :

- a)* Les hémorragies post-opératoires ;
- b)* La septicémie et la péritonite.

Elle permet de faire des opérations complémentaires. Elle est nécessaire toutes les fois que la cavité utérine a été ouverte, toutes les fois que les fibromes sont gangrénés.

II. L'exhystéropexie est le premier temps d'une hystérectomie que l'on ne fait que lorsque l'utérus est isolé du péritoine par des adhérences.

III. Les fibromes qui adhèrent à l'intestin et nécessitent

une entérectomie peuvent être exposés au dehors et enlevés après formation d'adhérences.

IV. L'exhystéropexie peut s'imposer d'urgence dans les accidents de compression. Elle pare aux dangers immédiats ; elle est le premier temps d'une opération plus radicale.

V. L'exhystéropexie remplace avantageusement le drainage à la Mikulicz. L'éventration qu'elle semble causer peut être évitée par le moyen de fils d'attente.

« En somme, le drainage dans sa plus large réalisation, l'isolement d'un voisinage qui est dangereux parce qu'il est toujours prêt à s'enflammer et à réagir, la possibilité de faire avec simplicité des opérations complémentaires, voilà ce que réalise le maintien à l'extérieur de l'utérus fibromateux. » (*Lyon médical*, 1893.)

Vu, bon à imprimer :

LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE,
POLLOSSON.

Vu, bon à imprimer :

LE DOYEN,
LORTET

Vu, bon et permis d'imprimer :

LE RECTEUR,
E. CHARLES.

